

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Hoitotyön koulutusohjelma

Piia Peltonen

PÄIVYSTYSPOLIKLINIKALLA KIPSATUN POTIL- LAAN KOTIHOITO-OHJAUS

Opinnäytetyö 2012

TIIVISTELMÄ

Piia Peltonen

Päivystyspoliklinikalla kipsatun aikuispotilaan kotihoito-ohjaus, 33 sivua.

Saimaan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö 2012

Ohjaaja lehtori Riitta Kalpio Saimaan ammattikorkeakoulu

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata teorialiedon perusteella, millaista on päivystyspoliklinikalta kotiutuvan kipsatun potilaan hyvä kotihoidon ohjaus. Opinnäytetyön tarkoituksena oli koota aiheesta ajankohtaista teoriapohjaista tietoa, jota voidaan käyttää kipsatun potilaan kotihoito-ohjauksen koulutukseen ja kehittämiseen. Opinnäytetyössä etsittiin vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin: 1) Millaista on päivystyspoliklinikalla kipsatun potilaan hyvä kotihoito-ohjaus sisällöltään? 2) Miten päivystyspoliklinikalla hyvä kotihoito-ohjaus toteutetaan?

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena teoreettisena työnä, joten se ei sisällä empiiristä osaa. Aineisto koottiin keräämällä tietoa sähköisistä tietokannoista sekä manuaalisesti alan lehdistä, kirjoista ja verkkojulkaisuista. Mukaan valittiin aineistoa, joka oli ilmestynyt 2000-luvulla. Kerätty tieto analysoitiin käyttämällä abduktiivista päättelyä.

Opinnäytetyön tulosten perusteella kipsatun potilaan kotihoito-ohjaus tulisi olla vuorovaikutteinen ohjausprosessi, jossa myös potilas on aktiivinen toimija. Kotihoito-ohjauksen jälkeen potilaan tulisi olla tietoinen, miksi hänelle on tehty kipsi ja kuinka hänen tulee toimia sen kanssa. Sairaanhoidajan on annettava potilaalle ohjausta liikkumiseen, kipsatun raajan asentohoitamiseen ja mahdollisten komplikaatioiden tarkkailuun.

Jatkotutkimusaiheeksi työstä nousi kipsattujen potilaiden sekä omaisten kokemusten selvittäminen saamastaan ohjauksesta.

Asiasanat: aikuinen, kipsaus, kotihoito-ohjaus, ohjausprosessi

ABSTRACT

Piia Peltonen

Patient education for a patient with a new cast when leaving the emergency department, 33 pages

Saimaa University of Applied Sciences, Lappeenranta

Health Care and Social Services, Degree Programme in Nursing

Instructor: Senior Lecturer Riitta Kalpio

The purpose of the study was to describe good patient education for patients receiving a cast and then leaving from the emergency department. The goal of this thesis was to collect current, theory-based information which can be later used to improve patient education. The research questions were: 1) What is the content of a good patient education when the patient is having a cast and is leaving from the emergency department? 2) How can good patient education be done in the emergency department?

This thesis is a qualitative study and the material for this study was collected with a review of literature using both internet databases and manual retrieval during search. The material was collected considering that it was published in or after 2000. The data was analyzed by using abductive content analysis.

The results of this thesis indicate that patient education should be a more interactive education process where the patient is also an important operator. After patient education, patients must know why they have the cast and how they must take care of it. Patients need to know what possible symptoms of complications to observe and how to prevent them from occurring. Subjects for further studies might be to explore experiences of patient education from patients with casts and their relatives.

Keywords: Adults, Casts, Patient Education Process, Home Care Instructions

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE	6
3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	7
3.1 Opinnäytetyön lähestymistapa ja aineiston keruu	7
3.2 Aineiston analyysi.....	9
4 HOITOTYÖ PÄIVYSTYSPOLIKLINIKALLA	10
4.1 Päivystyspoliklinikka hoitoympäristönä.....	10
4.2 Kipsihoidon tarkoitus ja toteutus.....	11
4.3 Päivittäiset toimet kipsin kanssa ja jatkohoito.....	13
4.4 Liikkuminen kipsin kanssa ja liikeharjoitukset.....	15
4.5 Kipsihoidon ongelmat ja komplikaatiot	16
4.6 Kivun hoito.....	17
5 POTILAAN LAADUKAS KOTIHOITO-OHJAUS.....	18
5.1 Kipsatun potilaan kotihoito-ohjaus.....	18
5.2 Ohjaus hoitotyön prosessina	20
5.3 Kirjallinen ohjausmateriaali.....	25
6 YHTEENVETO KIRJALLISUUDESTA	26
7 POHDINTA	27
7.1 Tutkimustulosten tarkastelua.....	27
7.2 Tutkimuksen luotettavuus.....	29
7.3 Jatkotutkimusaiheet.....	30
LÄHTEET	31

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön aiheena on aikuisen hyvä kotihoito-ohjaus päivystyspoliklinikalla tehdyn ylä- ja alaraajakipsauksen jälkeen. Vuosittain noin 80 000 suomalaista saa luunmurtuman (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2005). Kaikkia murtumia ei tarvitse leikata, vaan ne voidaan hoitaa konservatiivisesti pelkällä kipsihoidolla. Kipsihoito kestää monesti useita viikkoja, ja potilaalla itsellään on sen aikana suuri vastuu omasta kuntoutumisestaan. Päivystyksessä potilaiden hoitoaika on vain tunteja, joten aikaa heidän ohjaamiseensa on vähän. Kuitenkin potilailla on lain mukaan oikeus saada tietoa omasta terveydentilastaan ja hoidostaan niin, että he ymmärtävät saamansa informaation riittävän hyvin (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 1992/785).

Terveydenhuollon ammattilaisia ohjaavat terveydenhuollon eettiset periaatteet. Näissä periaatteissa ajatellaan ohjauksen sisältyvän hoitotyöhön sen olennaisena osana, ja näin ollen oikeus hyvään hoitoon sisältää tarvittavan ohjauksen. Potilaat ovat entistä kiinnostuneempia omasta hoidostaan ja haluavat tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta. Itsemääräämisoikeus ja oikeudenmukaisuus voivat toteutua vain, jos potilas saa riittävästi tietoa valintojensa ja päätöstensä tueksi.

Hyvä ohjaus lisää kipsattujen potilaiden motivaatiota itsehoitoon, nopeuttaa kuntoutumista ja parantaa turvallisuutta, kun mahdolliset komplikaatiot havaitaan ajoissa. Murtumien hyvä hoito on kansantaloudellisestikin kannattavaa, sillä virheasentoon parantuneet murtumat vaativat usein jälkeinpäin kallista leikkaushoitoa. Epäsopiva kipsi voi myös aiheuttaa potilaalle pysyviä vammoja, jos sitä ei huomioida ajoissa.

Kipsausta voidaan käyttää muuhunkin kuin pelkkien murtumien hoitoon. Sitä käytetään leikkausten jälkeisessä immobilisaatiossa, kivunhoidossa ja sillä hoidetaan myös jännevammoja. Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan ainoastaan päivystyksessä poliklinisesti tehtävää murtumaa stabiloivaa kipsausta ja sen jälkeistä ohjausta. Aiheen valinta nousi omasta mielenkiinnosta immobilisaatiohoitoja kohtaan sekä aikomuksesta hakeutua valmistumisen jälkeen töihin päivystykseen, jossa kipsejä lähes päivittäin tehdään.

2 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kuvata teorian tiedon perusteella, millaista on päivystyspoliklinikalta kotiutuvan kipsatun potilaan hyvä kotihoito-ohjaus. Opinnäytetyössäni pyrin selvittämään, mitä kipsatun potilaan kotihoito-ohjaus tulisi sisältää ja miten hyvä potilasohjaus toteutetaan. Opinnäytetyöni tavoitteena on kuvata laadukasta kotihoito-ohjausta kirjallisuuteen ja asiantuntijatiedonantoihin pohjautuen. Tutkitun tiedon pohjalta voidaan kehittää annettua ohjausta ja ottaa entistä paremmin huomioon ohjausprosessiin ja oppimiseen vaikuttavat tekijät. Tuloksia voidaan käyttää kipsihoidon koulutuksessa ja jo alalla työskentelevien työn tukena.

Opinnäytetyössäni haen vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

- 1) Millaista on päivystyspoliklinikalla kipsatun potilaan hyvä kotihoito-ohjaus sisällöltään?
- 2) Miten päivystyspoliklinikalla hyvä kotihoito-ohjaus toteutetaan?

3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

3.1 Opinnäytetyön lähestymistapa ja aineiston keruu

Opinnäytetyö toteutettiin teoreettisena työnä, joten se ei sisällä empiiristä osaa. Lähestymistapa on kvalitatiivinen eli laadullinen. Aiheen rajasin koskemaan vain aikuispotilaita, joille on tehty päivystyksessä kipsi ylä- tai alaraajan murtuman vuoksi eikä murtumaan liity haavaa. Opinnäytetyöraportissa ei käsitellä seikka-peräisemmin kipsausta eikä siihen liittyviä materiaaleja tai murtumien operatiivista hoitoa, koska näistä aiheista on tehty omia tutkimuksia ja opinnäytetöitä. Tässä opinnäytetyössä painopiste on sairaanhoitajan antamalla ohjauksella primäärikipsin, eli ensimmäisen kipsin, jälkeen.

Laadullisessa tutkimuksessa pyritään kuvamaan jotakin ilmiötä tai tapahtumaa, ymmärtämään toimintaa tai antamaan teoreettisesti sopiva tulkinta ilmiölle tilastollisen yleistämisen sijaan (Tuomi & Sarajärvi 2003,87 ; Kylmä & Juvakka 2007,17). Laadullisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan aihetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tutkimustavan lähtökohtana ei ole teorian tai hypoteesin testaaminen vaan kerätyn aineiston monipuolinen ja yksityiskohtainen analysointi. (Hirsjärvi ym. 2005,125.) Laadullisessa lähestymistavassa tutkija pyrkii löytämään keräämästään aineistosta jotain yhtäläisyyksiä, luo alustavia ehdotuksia käsitteistä ja päätyy yhtenäiseen käsitteen määrittelyyn (Janhonen & Nikkonen 2003,15).

Opinnäytetyöni aineistona käytin kirjallista teoria- ja tutkimustietoa. Tiedonhaku tein sekä Nelli-tiedonhakuportaalista että manuaalisesti alan lehdistä, Lappeenrannan tiedekirjaston aineistotietokannasta ja Internetistä. Lähdekirjallisuutena olen opinnäytetyössä käyttänyt alan painettua kirjallisuutta, oppikirjoja, eritasoisia tieteellisiä tutkimuksia, lehtiartikkeleita, eri sairaanhoitopiirien potilasohjeita, Käypä hoito -suosituksia ja Suomen lakia. Osa lähteistä on löytynyt ensiksi löydetyn lähdeaineiston viitteistä. Ulkomaisia lähteitä hain PubMed- ja Ovid-tietokannoista. Näistä hauista valikoitui työhön vain yksi lähde. Aluksi hain aineistoa kipsauksesta, kipsatun potilaan hoitotyöstä ja potilasohjauksesta. Koska kipsatun potilaan näkökulmaa ei ole tutkittu ja halusin tuoda työssäni esiin myös potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta, laajensin hakua koskemaan

kirurgisten potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta. Pidin rajausta sopivana, koska murtuman saaneet potilaat ovat usein päivystyspoliklinikoilla kirurgisia potilaita ja koska kirurgiset potilaat ovat usein käyneet läpi jonkin toimenpiteen ja tarvitsevat kotiutuessaan ohjausta kotona selvitäkseen.

Aineiston hakuprosessia ohjasi oma esitietämys aiheesta. Pysin keräämään laajasti materiaalia, joka vastasi asettamiini tutkimuskysymyksiin. Pysin valitsemaan työhön aineistoja, jotka oli julkaistu 2000-luvulla, jotta tieto olisi mahdollisimman ajantasaista. Laadullinen tieto on loppumatonta, joten opinnäytetyön loppuun saattamiseksi haun rajaus oli tärkeää. Työn edetessä tutkimuskysymykset tarkentuivat ja rajasin työn koskemaan vain aikuispotilaita ja ala- tai yläraajakipsattuja.

Hoitotyössä on tavoitteena käyttää eettisesti hyväksyttäviä sekä taloudellisesti kestäviä ja vaikuttavia toimintatapoja, joista on tieteellistä näyttöä. Näyttöön perustuvalla hoitotyöllä tarkoitetaan parhaan ajan tasalla olevan tiedon arviointia ja harkittua käyttöä potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa ja hoitotoiminnassa. Näytön perustana oleva tieto koostuu tutkimustiedosta ja kokemusperäisestä tiedosta. Tutkimustieto on tutkimuksen avulla tieteellisin kriteerein saavutettua näyttöä jonkin toiminnan vaikuttavuudesta. Kokemusperäinen tieto tarkoittaa käytännön työstä ja kokemuksista saatua asiantuntemusta. Kokemukseen perustuva näyttö on alan ammattilaisen hoidon käytännön kokemuksen kautta toteuttamassa vaikuttavuutta ja kokemusta siitä että hoito vastaa potilaan tarpeita. (Eloranta & Virkki 2011,23-24.)

Voidakseen toteuttaa vaikuttavaa ja eettisesti kestävää hoitotyötä, sairaanhoitajan pitää pystyä perustelemaan toimintaansa. Päätöksenteon tulee aina perustua tietoon. Mitä ajantasaisempaa ja luotettavampaa tieto on, sitä paremmin voidaan asiakkaan hoitotyön tarpeisiin vastata. (Elomaa & Mikkola 2008,6.) Kipsattua potilasta ohjattaessaan sairaanhoitajan tulee tietää, miksi hän esimerkiksi ohjaa potilasta pitämään raajaa koholla. Hänen tulee tietää, mihin ohjattu asia perustuu ja mitä sen toteuttamatta jättäminen voi aiheuttaa. Näin sairaanhoitaja voi potilaalle perustella toimintaansa ja tarjota potilaalle tiedon, jota hän

tarvitsee tehdessään hoitoaan koskevia ratkaisuja. Kun asiakkaalla on riittävästi tietoa, voi hän itse arvioida, mikä on hänelle hyväksi (Kyngäs ym. 2007).

3.2 Aineiston analyysi

Aineiston analysoimiseen käytettiin sisällönanalyysimetodia. Sisällönanalyysi voi olla analyysimetodi, mutta myös laadullisen tutkimuksen väljä teoreettinen kehys, joka voidaan liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin (Tuomi & Sarajärvi, 2003, 93). Aineistolähtöisessä analyysissä lähtökohtana on aineisto ja tuloksena kuvaus tutkimuksen kohteena olevasta aineistosta (Kylmä & Juvakka 2007, 17). Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kootun aineiston tiivistämistä siten, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla. Sisällönanalyysissä tutkittavasta aineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. (Janhonen & Nikkonen 2003, 23)

Sisällönanalyysi-prosessi sisältää seuraavat vaiheet: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi. Analyysiprosessin eri vaiheet voivat kulkea lomittain tai analyysi voi olla yllä olevaa monivaiheisempi. (Janhonen & Nikkonen 2003, 24.)

Tämän opinnäytetyön aineisto on analysoitu käyttämällä abduktiivista päättelyä. Abduktiossa prosessi lähtee johtoajatuksen muodostamisesta, josta seuraa toimintahypoteesi. Tässä työssä johtoajatuksena toimivat tutkimuskysymykset. Abduktiivinen päättelyn perusajatus on, että uutta teoriaa on mahdollista muodostaa vain, kun havaintojen tekoa ohjaa jokin johtoajatus. Johtoajatus voi olla tutkijan intuitiivinen käsitys tutkittavasta aiheesta tai jopa pitkälle muotoiltu hypoteesi. Tutkijan oletukset ja aikaisemmat tiedot siis ohjaavat analyysiprosessia, ja siksi abduktiivista päättelyä käytettäessä olisi suotavaa, että tutkija hallitsisi tutkimansa aiheen edes jossain määrin. Abduktiossa oletetaan, että jotakin saatetaan tapahtua ja toimitaan sen mukaan, joten teoriaa ja käsitteitä voidaan luoda, etenipä päättelyprosessi mihin suuntaan tahansa. (Pitkäranta 2010.)

Tämän opinnäytetyöraportin tuloksista kerrotaan aluksi päivystyspoliklinikasta hoitoympäristönä sekä päivystyksessä työskentelevän sairaanhoitajan osamisvaatimuksista. Tämän jälkeen esitellään kipsihoidon tarkoitus sekä toteutus

ja yleisimmät siinä esiintyvät komplikaatiot. Lisäksi raportissa on esitelty muut aihealueet, jotka kipsatun kotihoito-ohjauksessa on käytävä läpi, jotta potilas voi turvallisesti kotiutua. Hyvää kotihoito-ohjausta tarkastellaan omassa kappaleessaan ohjausprosessin näkökulmasta sekä lopuksi esitellään, mitä kipsatun potilaan ohjauksen tulee olla sisällöltään.

4 HOITOTYÖ PÄIVYSTYSPOLIKLINIKALLA

4.1 Päivystyspoliklinikka hoitoympäristönä

Työ päivystyspoliklinikalla on vaativaa ja edellyttää henkilöstöltään akuutin hoitotyön erikoisosaamista. Syyt hakeutua hoitoon päivystykseen vaihtelevat pienistä vammoista henkeä uhkaaviin tilanteisiin. Päivystyksessä muun muassa hoidetaan kirurgisia, sisätautisia, traumatologisia, neurologisia, psykiatrisia potilaita. Päivystyspoliklinikasta riippuen päivystyksessä hoidetaan myös iho- ja syöpätaudeista, suu-, nenä- ja kurkkutauksista, silmäsairauksista kärsiviä potilaita sekä lapsipotilaita. Hoitoon hakeudutaan äkillisen sairauden tai loukkaantumisen vuoksi, minkä vuoksi työ on hektistä ja vaatii nopeaa päätöksentekokykyä. (Nummelin 2009, 7-8.) Hoitoajat päivystyksessä ovat lyhyitä, usein potilaat viipyvät poliklinikalla vain muutamia tunteja ennen kotiutumistaan tai jatkohoittoon siirtymistä. Hoitotyö on päivystyspoliklinikoilla usein yksilövastuista hoitotyötä, ja sitä on toteuttamassa sairaanhoitajia, ensihoitajia, lähihoitajia ja lääkin-tävahtimestareita.

Päivystyspoliklinikalla sairaanhoitaja vastaanottaa potilaan, arvioi hänen hoidon tarpeensa ja ylläpitää peruselintoimintoja. Hän toteuttaa hoitoa lääkärin määräyksiä ja toteuttaa itsenäisenä hoitotyön asiantuntijana näyttöön perustuvaa hoitotyötä sekä arvioi hoidon vaikuttavuutta. (Opetusministeriö 2006, 63.) Sairaanhoitaja yhteistyössä lääkärin kanssa suunnittelee potilaan jatkohoittoa ja vastaa hoidon jatkuvuudesta. Koska päivystyspoliklinikoilla hoidetaan useiden eri erikoisalojen potilaita, tarvitsee sairaanhoitaja osaamista monien erikoisalojen hoitokäytännöistä. Vaihteleva ja ennakoimaton työmäärä, nopeasti vaihtuvat tilanteet ja työn urakkatahtisuus tekevät työstä päivystyspoliklinikalla haasteellisen.

Yksi hoitotyön osa-alueista on potilaan kotihoito-ohjaus. Opetusministeriö on kuvannut sairaanhoitajan ammatilliseen osaamiseen kuuluvaksi opettamisen ja ohjauksen. Sairaanhoitajalta edellytetään valmiuksia ohjata ja opettaa erilaisia potilaita, heidän omaisiaan ja taitoa tukea potilaita itsehoidossa ja terveysongelman hallinnassa. Sairaanhoitaja tuottaa ohjausmateriaalia neuvontansa tueksi ja hyödyntää sähköistä potilasohjausta. Sairaanhoitajan työhön kuuluu myös opiskelijoiden ja muun henkilöstön ohjaus ja opetus. Ohjaaminen vaatii sairaanhoitajalta hyviä vuorovaikutus- ja yhteistyötaitoja. (Opetusministeriö 2006, 65.)

Ohjaus koetaan haasteelliseksi erityisesti päivystyspoliklinikoilla, joissa on kiirettä ja potilaiden vaihtuvuus on suurta (Bakody 2009). Esteiksi laadukkaaseen potilasohjaukseen käytännön hoitotyössä on esitetty hoitohenkilökunnan näkökulmasta henkilökuntaresurssien niukkuutta, jatkuvaa kiirettä, hoitohenkilökunnan vaihtuvuutta ja perehdytyksen riittämättömyyttä. Joskus myös soveltuvien tilojen ja materiaalien puute hankaloittaa tilannetta. Kokemusten mukaan ohjausprosessi jää puutteelliseksi, koska kiireessä ei aina kyetä selvittämään potilaan yksilöllistä ohjaustarvetta, asettamaan ohjaukselle erityisiä tavoitteita tai ehditä arvioimaan ohjaustilannetta. (Eloranta & Virkki 2011, 17.) Lipposen (2005) tutkimuksessa hoitohenkilökunta koki huomattavan heikoksi taitonsa hyödyntää tieteellistä tutkimustietoa ohjauksessa sekä analysoida ohjaustilanteen etenemistä. Tuloksissa tuli esiin myös, ettei ohjaustilanteissa keskusteltu yhdessä ohjauksen tavoitteista eikä potilaiden omia kokemuksia ohjauksen tarpeesta kysytty. Hoitohenkilökunta oli tutkimuksen mukaan myös tyytymätön käytettävissä olevaan aikaan, käytettävissä oleviin tiloihin ja ohjauksessa tarvittavaan välineistöön. (Lipponen 2005.)

4.2 Kipsihoidon tarkoitus ja toteutus

Kipsihoidolla tarkoitetaan murtuneen luun tukemista ulkoisesti luonnollisista tai synteettisistä materiaaleista valmistetulla tuella. Kipsauksella pyritään palauttamaan vaurioituneen raajan toiminta, edistämään murtuman hyväasentoista luutumista ja vähentämään potilaalle murtumasta aiheutuvaa kipua sekä luutumishäiriöitä. Huonoasentoiset murtumat saatetaan joutua reponoimaan eli asettamaan murtuneen luun päät optimaalisesti vastakkain, ennen kipsihoitoa. (Kuis-

ma 2009,10.) Lieväasteiset murtumat voidaan hoitaa yleensä konservatiivisesti, sen sijaan huomattavasti virheasentoiset murtumat, laajat avomurtumat ja pirstaleiset murtumat edellyttävät usein operatiivista hoitoa. Hoitolinjan valintaan vaikuttavat myös murtuman sijainti, murtumatyyppi, alueen verisuonitus sekä luuhun liittyvät paranemisominaisuudet. (Hietanen ym. 1996,174; Holmia ym. 2004,700.) Kipsillä aikaansaadun immobilisaation yleisperiaatteena on, että murtuneen luun molemmiin puolin olevat nivelet saadaan liikkumattomiksi. Yleensä kipsisidos ympäröi koko raajan, mutta myös kipsilastoja käytetään. (Holmia ym. 2004,701.) Aina ei kipsihoidostakaan huolimatta päästä samaan tilanteeseen kuin ennen murtumaa, vaan joudutaan tyytymään huonompaan asentoon, kuhan se on potilaalle kivuton. Kipsihoitoa ei käytetä pelkästään murtumien hoidossa, vaan sitä voidaan hyödyntää myös kivunhoidossa tai post-operatiivisessa immobilisaatiossa. (Metsälä & Sahla 2008, 5,10.)

Kipsihoitoa suunniteltaessa tulee ottaa huomioon potilaan ikä, perussairaudet, olemassa olevat liikuntarajoitteet sekä sosiaaliset rajoitteet. Monet krooniset sairaudet kuten diabetes, munuaistauti ja sydän- ja verenkiertosairaudet vaikuttavat luun paranemiseen ja lisäävät komplikaatioriskiä. Luun paraneminen hidastuu, hoitoaika pitenee, ja tulehdusriski suurenee. Iho- ja kudოსvaurioita saat-taa syntyä herkemmin perussairauksista johtuvien verenkierröllisten ja tuntoaistissa tapahtuneiden muutosten vuoksi. Kipsin pehmustus on tällöin tehtävä tavallista huolellisemmin ja tarkistettava, ettei kipsi paina eikä kiristä mistään. (Hietanen ym. 1996, 181; Kuisma ym. 2009, 26-27.)

Murtumatyyppi ja murtuman sijaintikohta vaikuttavat kipsimateriaalin valintaan. Yleisimmät käytettävät materiaalit ovat kalkki, lasikuitu ja muovi. Kalkki- eli massakipsi on verkkokangasta, johon on liitetty kalkkimateriaalia. Sitä käytetään sen hyvän muotoutumisominaisuuden vuoksi varsinkin primäärikipsinä. Massakipsin heikkouksia ovat sen painavuus, pitkä kuivumisaika ja huono kosteuden-sieto. Lasikuitukipsi on lasikuitukangasta, johon on lisätty polyuretaanihartsia. Lasikuitukipsi on kova, joustamaton ja kevyt, joten se kestää osumia kalkkikip-siä paremmin. Lasikuitukipsi säilyttää ominaisuutensa kastelusta huolimatta, joten sen kanssa voi joidenkin ohjeiden mukaan sauna ja uida (Kemin kau-punki 2003, Darwin Media Oy 2011). Useissa potilasohjeissa kipsin kastelemis-

ta suositellaan kuitenkin välttämään, koska alus- ja pehmikemateriaalit kastuessaan saattavat aiheuttaa ihoärsytystä ja lisätä ihon infektioriskiä (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2006; Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijät 2010 ; Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2012). Muovikipsi on polyesteripohjainen elastinen kipsiside. Lasikuitukipsin tapaan muovikipsi on kevyt ja kestävä kipsimateriaali jota on saatavilla eri väreissä ja kuoseissa. (Kuisma ym. 2009, 11-12; Virtuaali AMK 2009). Näiden lisäksi markkinoilla on erilaisia synteettisiä materiaaleja sekä uusimpana innovaationa puuhakkeesta ja biohajoavasta muovista valmistettu puukipsi.

Kipsin alla voidaan käyttää erilaisia pehmusteita, kuten alussukkaa, vanua tai vaahtomuovia (Kuisma ym. 2009, 13). Pehmusteet suojaavat ihoa suoralta kosketukselta kipsimateriaaliin, joka voi aiheuttaa ihoärsytystä. Pehmusteet kipsin alla myös vähentävät kudoksen turpoamista ja siitä johtuvaa rakkuloiden syntymistä iholle. Siltikin pehmustettu umpikipsi tuoreessa murtumassa on aina halkaistava, jotta vältetään kipsin puristuskipu ja iskemia, eli hapen puute, raajassa. (Holmia ym. 2004, 701.)

4.3 Päivittäiset toimet kipsin kanssa ja jatkohoito

Kipsi kovettuu nopeasti, mutta lopullisen lujuutensa se saavuttaa vasta muutamman vuorokauden päästä. Kipsin kuivamista ei saa nopeuttaa keinotekoisesti esimerkiksi hiustenkuivaajalla, sillä se voi vaikuttaa kipsin lujuuteen. Kipsatun raajan kuormitus- ja varausluvut antaa lääkäri, ja niitä on pyrittävä noudattamaan. (Holmia ym. 2004, 702-703.)

Ylä- ja alaraajakipsi vaikeuttaa päivittäisistä toiminnoista selviämistä, joten potilas tarvitsee ohjausta siitä, miten kipsin kanssa toimitaan. Kipsin kastumista tulee välttää, ja se tulee suojata peseytyessä. Kostuessaan massakipsi ei kuivuttuaan kovene, vaan muuttuu pehmeäksi ja on altis rikkoutumaan. Lasikuitu- ja muovikipsin ominaisuudet säilyvät kostumisen jälkeenkin, mutta niidenkään kastelua ei suositella. Pesujen ajaksi kipsatun raajan voi laittaa muovipussiin, ja pussin suu teipataan hyvin ihoon kiinni. Kipsin ympärille voi myös kiepauttaa pyyhkeen ennen pussiin laittoa. Näin suojataan veden pääseminen myös kipsin alla oleviin pehmusteisiin. Märkinä pehmusteet hautovat helposti ihoa ja saat-

tavat aiheuttaa kiusallista kutinaa. Kastuneet pehmusteet saattavat alkaa myös haista. Kipsi, joka haisee, on aina vaihdettava uuteen (Kuisma ym. 2009, 32; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2011). Ihon hikoilu kipsin alla aiheuttaa myös kutinaa, minkä vuoksi saunomista ja raskasta liikuntaa tulisi välttää. Kutinaa ei saa yrittää helpottaa työntämällä kipsin ja ihon väliin mitään, mikä saattaa raapiessa rikkoa ihon, esimerkiksi sukkapuikkoa. Rikkoutuessaan iho saattaa infektoitua. (Holmia ym. 2004, 702.)

Ensimmäisinä päivinä kipsauksen jälkeen raajaa, varsinkin jalkaa, on hyvä pitää koholla (Bakody 2009). Istuttaessa jalan voi nostaa tuolille vaakatasoon, ja yöksi se kannattaa tukea tyynyjen avulla kohoasentoon. Kipsatun käden roikottamista alaspäin tulee välttää, ja myös käden voi tukea yöksi koholle. Tämä estää turvotusta ja kipua. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2012.)

Kipsattua raajaa ja sen toimintaa tulee seurata ja siinä tapahtuviin muutoksiin reagoida nopeasti. Raajan tarkkailussa tulee kiinnittää huomiota sormien tai varpaiden liikkuvuuteen, ihon väriin, lämpötilaan, tuntoaistiin, turvotukseen ja kipuun. (Holmia ym. 2004, 703; Bakody 2009; Kuisma ym. 2009, 32.) Jos näissä tapahtuu normaalista poikkeavaa muutosta, on asentohoito ensimmäinen hoitokeino. Sillä voidaan tehokkaasti vähentää ja estää kipsatun raajan turvotusta ja kipua ja niistä aiheutuvia haittoja. Jos asentohoidosta huolimatta oireet jatkuvat tai kipsi painaa ja tuntuu kiristävältä, on potilaan hakeuduttava lääkäriin. Tällöin voi olla kyse kipsihoitoon liittyvästä vakavasta komplikaatiosta. (Kuisma ym. 2009, 32.) Potilaan tulee ottaa yhteyttä lääkäriin, jos kipsi murtuu, luisuu pois paikaltaan, on löysän ja epämurkavan tuntuinen tai alkaa haista. Yöunta häiritsevä kipua ja kutina sekä potilaalle noussut kuume ovat myös aiheita, jolloin potilaan tulisi olla yhteydessä lääkäriin. (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2006; Kuisma ym. 2009, 32.)

Kotiutuessaan potilaalla tulee olla tietoa vähintään ensimmäisen röntgenkontrollikuvan ajankohdasta ja siitä missä se otetaan. Säärimurtuman Käypä hoito -suositus suosittaa kontrolliröntgenkuvia 1-2 viikon ja 4-6 viikon kuluttua (Duodecim 2011). Ensimmäisen kontrollikuvan jälkeen massakipsistä tehty saapaskipsi voidaan vaihtaa lasikuitukipsiin, joka on potilaalle miellyttävämpi sen keveyden ja kosteudensietokyvyn vuoksi (Virtuaali AMK 2009). Jos murtuma on sta-

biili jälkimmäisellä seurantakäynnillä, voidaan saapaskipsi vaihtaa lyhyeen alaraajakipsiin tai ortoosiin (Duodecim 2011). Kipsi poistetaan kokonaan 6-10 viikon päästä. (Virtuaali AMK 2009). Paranemisaika on yksilöllinen. Yläraajan murtumat paranevat keskimäärin puolet nopeammin kuin alaraajan murtumat.

Jos kontrolliröntgenkuvissa havaitaan virheasento, eikä kipsiä ole muuten tarkoitus vaihtaa, voidaan asentoa korjata kiilauksella ilman koko kipsin vaihtoa. Kiilauksessa kipsiin tehdään kiilamainen lovi, jotta kipsin pituusakselia voidaan muuttaa sopivammaksi. Oikaistu kipsi tuetaan uudella kipsikerroksella. (Iivanainen ym. 2001, 609.)

4.4 Liikkuminen kipsin kanssa ja liikeharjoitukset

Saapaskipsi suojataan käveltäessä kipsikengällä. Alaraajakipsattu potilas tarvitsee liikkumiseen apuvälineeksi joko kyynär- tai kainalosauvat. Ennen kotiutumista potilaalle ohjataan turvallinen ja ergonominen tapa sauvojen avulla kävelyyn. Joillakin päivystyspoliklinikoilla on fysioterapeutteja ohjaamassa kipsin kanssa kulkemista, mutta myös sairaanhoitajan on osattava antaa tarvittava ohjaus. (Kuisma ym. 2009.) Oikea mitta sauvoille on, kun seistäessä kyynärsauvat hieman etuviistossa kyynärpäähän jää pieni koukku. Jos tällöin hartiat kohoavat neutraalista asennostaan, ovat sauvat liian pitkät. Jos taas selkä menee kumaraan, ovat sauvat liian lyhyet. Kainalosauvoja käytettäessä on muistettava, ettei kävellessä tulisi roikkua kainaloiden varassa, vaan sauvat tulisi painaa rintakehää vasten. (Virtuaali AMK 2009)

Sauvakävelyssä sauvat ja kipeä jalka siirtyvät yhtä aikaa eteen lattialle. Tämän jälkeen asetetaan paino käsille ja varataan jalalle annetun varausluvan mukaisesti. Lopuksi astutaan terveellä jalalla askel ohi. Varausluvan määrittelee lääkäri; hipaisuvaraus on 5 kg, osapainovaraus 10-20 kg ja puolipainovaraus puolet henkilön omasta painosta (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2012). Jalalan oma paino on noin 15 kg. Sauvakävelyssä tulee huomioida, ettei kipeää jalkaa kannateltaisi ilmassa edessä tai takana, vaan se pidettäisiin kevyesti maassa. Portaissa kuljetaan sauvoilla porras kerrallaan. Ylöspäin mentäessä astutaan ensin terve jalka askelmalle, sen jälkeen siirretään sauvat ja kipsattu jalka viereen. Portaita alaspäin mentäessä siirretään ensin sauvat askelmalle, jonka

jälkeen kipsattu jalka ja tämän jälkeen vasta terve jalka. (Virtuaali AMK 2009; Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2012)

Kuntouttaminen aloitetaan heti kipsauksen jälkeen. Kipsatun raajan tehokkailla lihas- ja nivelharjoituksilla vähennetään raajan turvotusta, parannetaan verenkiertoa, ylläpidetään lihasvoimaa sekä estetään nivelten jäykistymistä (Holmia ym. 2004, 703; Virtuaali AMK 2009). Lihas- ja nivelharjoituksilla on myös vammaan paranemista edistävä vaikutus ja ne ehkäisevät osteoporoosia. Kaikkia vapaita niveliä tulee kuntouttaa aktiivisten ja passiivisten harjoitteiden avulla. Harjoitteita tulee tehdä 3-5 kertaa päivässä 15-20 minuuttia kerrallaan. Tarvittaessa potilaan voi ohjata fysioterapeutin vastaanotolle. (Kuisma ym. 2009, 35.) Kun kipsatussa alaraajassa on varauslupa, kuuluu raajan täydellinen kuormittaminen nivelharjoituksiin. Raajalle varaaminen normalisoi luukudoksen verenkiertoa ja nivelruston ravinnonsaantia. (Holmia ym. 2004, 704.)

4.5 Kipsihoidon ongelmat ja komplikaatiot

Murtuman asento huononee tavallisesti ensimmäisen viikon aikana. Tämän vuoksi ensimmäinen röntgenkontrolli sovitaankin jo viikon päähän kipsauksesta, ja murtumaan mahdollisesti syntynyt virheasento voidaan tällöin vielä korjata. Asento voi huonontua epästabiilin murtuman, vääränlaisen tai liian löysän kipsin sekä löyhien tai liiallisten pehmusteiden vuoksi. Raajan liiallinen rasittaminen, kuten painavien asioiden kantaminen kipsatussa kädessä tai kipsatulle jalalle astuminen ilman varauslupaa, voivat aiheuttaa murtuman asennon huonontumisen. (Kuisma ym. 2009, 28.)

Lihassaitio-oireyhtymä on yleisin alaraajakipsatun akuutin vaiheen komplikaatio joka voi hoitamattomana johtaa pysyviin hermo- ja lihasvaurioihin. Tätä esiintyy erityisesti terveillä nuorilla miehillä. (Duodecim 2011.) Oireita ovat vammaan nähden suhteettoman voimakas kipu, tuntohäiriöt ja sinerrys raajan ääreisosissa sekä pingottunut turvotus. Raajan ääreisosissa voi olla myös liikevajautta, esimerkiksi sormien koukistaminen ei onnistu. Oireyhtymä johtuu murtumasta seuranneesta verenvuodosta ja turvotuksesta, jotka nostavat kudospainetta. Paineennousu lihaskalvojen ympäröimissä lihasaitioissa huonontaa kapillaariverenkiertoa. Tästä aiheutunut hapenpuute lisää edelleen turvotusta, mikä edel-

leen pahentaa tilannetta noidankehämäisesti. Jos painetta ei pystytä poistamaan, lihassolut nekrotisoituvat eli niihin tulee kuolio. (Holmia ym. 2004, 699; Bakody 2009; Kuisma ym. 2009, 29.) Hoitona oireyhtymälle on faskiotomia eli lihaskalvojen avaus, mikä vapauttaa puristuksissa olevat lihakset ja palauttaa normaalin verenkierron. Jotta vauriot eivät jäisi potilaalle pysyviksi, toimenpide tulisi suorittaa kuuden tunnin sisällä oireiden alkamisesta. (Duodecim 2011.) Potilaan, jolla on lisääntyvää kipua ja turvotusta kipsatussa raajassa kohoasennosta ja liikeharjoituksista huolimatta, on hakeuduttava pikaisesti lähimmälle päivystyspoliklinikalle.

Verenkierron ja lihasten toiminnan heikentymisen vuoksi kipsattuun raajaan saattaa kehittyä syvälaskimotukos eli veritulppa. Tukos pääsee kehittymään, koska kipsin vuoksi lihas ei pääse edesauttamaan veren virtausta normaalisti takaisinpäin, vaan veri alkaa hyytyä laskimoon. (Ukkola ym. 2001.) Erityisesti alaraajan murtumiin liittyy suurentunut syvän laskimotukoksen vaara, jonka komplikaationa edelleen on krooninen laskimo-oireyhtymä. Tukokset sijaitsevat pääosin säären alueella, mutta voivat olla myös reiden tasolla ja aiheuttaa jopa keuhkoveritulpan. (Duodecim 2011.) Oireina tukoksesta ovat lisääntyvä kipu pohkeessa, jota varpaiden nostaminen vielä entisestään pahentaa, turvotus sekä kuumotus. Todettu tukos hoidetaan verenohennuslääkkein normaalin syvien laskimotukosten hoitokäytännön mukaisesti. (Juutilainen 2009; Duodecim 2010.) Riskiä laskimotukoksen syntyyn voidaan vähentää käyttämällä toisessa jalassa tukisukkaa. Ennaltaehkäisevästi voidaan käyttää myös pienimolekyyllistä hepariinia verenohentajana. (Bakody 2009.) Sen käyttö harkitaan tapauskohtaisesti tukosriskiä arvioiden (Duodecim 2010).

4.6 Kivun hoito

Liikkumaton asento on murtuman kivun hoidossa avainasemassa (Metsälä & Sahla 2008, 12). Murtunutta raajaa voi turvotella immobilisaation jälkeenkin, ja siinä voi esiintyä kipua muutaman ensimmäisen päivän aikana. Raajan pitäminen kohoasennossa sydämen tason yläpuolella useita kertoja päivässä hoitaa ja ennaltaehkäisee kipua ja turvotusta. Lasikuidusta tehdyn kipsin läpi voi käyttää myös kylmäpussia kipua rauhoittamaan. (Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymä 2010.) Kipulääkkeenä riittää usein tulehduskipulääke, kuten ibuprofe-

iini tai parasetamoli. Alkuvaiheessa on suositeltavaa ottaa kipulääkettä säännöllisesti ja jatkossa tarpeen mukaan. Kipulääke vähentää myös turvotusta. Mikäli kipu ei kipsihoidon edetessä vähene tai se pahenee, tulee potilaan olla yhteydessä lääkäriin. (Kuisma ym. 2009, 28.)

5 POTILAAN LAADUKAS KOTIHOITO-OHJAUS

5.1 Kipsatun potilaan kotihoito-ohjaus

Potilaan ohjaus ja jatkohoidosta huolehtiminen ovat kipsihoidon kulmakiviä. Potilaan tulee olla tietoinen, miksi hänelle on tehty kipsi ja kuinka hänen tulee toimia sen kanssa. Potilas tarvitsee ohjausta liikkumiseen, kipsatun raajan asentohoitoon ja mahdollisten komplikaatioiden tarkkailuun. (Kuisma ym. 2009, 32.) Kipsihoidot kestävät useita viikkoja ja hankaloittavat päivittäisiä toimia. Potilas voi kohdata kotona kipsin takia ongelmallisia tilanteita esimerkiksi peseytyessään, pukeutuessaan, liikkuessaan tai kotia hoitaessaan ja tarvita ohjausta niistä selvitäkseen. Ohjaus parantaa potilaan kykyä selviytyä itsenäisesti ja lisää potilaan itsehallinnan tunnetta. Mahdollisen lisäävun tarve on kuitenkin ohjaustilanteessa arvioitava. (Bakody 2009.)

Sairaanhoitaja antaa ohjauksen potilaalle yleisimmin yksilöohjauksena ja suullisesti, koska kaksisuuntainen vuorovaikutus on ohjauksen yksi lähtökohdista. Kaksisuuntainen vuorovaikutus mahdollistaa potilaalle kysymysten esittämisen, väärinkäsitysten oikaisemisen ja tuen saamisen sairaanhoitajalta. Yksilöohjaus vaatii sairaanhoitajalta aikaa, mutta mahdollistaa paremmin asiakkaan tarpeiden huomioimisen, minkä erityisesti asiakkaat kokevat tärkeäksi. (Kyngäs ym. 2007.) Kipsatun potilaan olisi tärkeää saada kotiutuessaan kirjallinen kotihoito-ohje. Kotihoito-ohjeessa tulisi olla vähintään ohjeet kipsatun raajan tarkkailuun, asentohoitoon, kipsin huoltamiseen ja mainita milloin tulee ottaa yhteyttä lääkäriin sekä yhteystiedot. Siinä tulisi ilmetä myös lihas- ja nivelharjoitusten merkitys sekä se, kuinka kipsattua raajaa saa käyttää. Ohjeeseen olisi hyvä merkitä seuraavan kontrollin aika ja paikka. (Kuisma ym. 2009, 32)

Potilaan asemasta ja oikeuksista säädetyn lain mukaan potilailla on oikeus saada ennen hoidon alkamista ja sen aikana riittävästi ja ymmärrettävässä muo-

dossa olevaa tietoa terveydentilastaan ja sekä hoitovaihtoehtoista ja niiden mahdollisista riskitekijöistä. Potilas ja hoitohenkilökunta tekevät hoitoratkaisut yhteisymmärryksessä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.) Lakia voidaan pitää perusteena ohjauksen järjestämiselle. Potilaalla on aina oikeus saada luotettavaa ja tutkittuun tietoon perustuvaa tietoa ohjauksessa. Sairaanhoidajan antama laadukas ohjaus edistää potilaan terveyttä. Ohjauksella on vaikutusta niin potilaan toimintakykyyn, elämänlaatuun, hoitoon sitoutumiseen, itsehoitoon, kuin kotona selviämiseenkin. (Kyngäs ym. 2007.)

Hoidon jatkuvuuden kannalta on oleellista, että potilas oman elämänsä asiantuntijana on osallisena ja tietoisena oman hoitonsa suunnitelmasta ja toteuttamisesta. Tietoisuus ja ajan tasalla oleminen edistävät potilaan turvallisuuden tunteen syntymisessä ja antaa hänelle varmuutta elämäntilanteiden muutoksissa. Kun potilaalla on tietoa, hänellä on mahdollisuus hallita elämäänsä, ottaa vastuuta itsestään ja omasta terveydestään. (Laitinen & Karhe 2000, 52,78; Eloranta & Virkki 2011, 15.)

Hoitotieteellisistä tutkimuksista ja opinnäytetöistä tehtyjen selvitysten mukaan potilaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä saamaansa ohjauksesta silloin, kun he olivat saaneet riittävästi tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Potilaan osallistuminen päätöksentekoon edistää motivoitumista ohjaukseen, tarvittavien muutosten tekoon omassa elämässä ja vastuun ottamiseen omasta oppimisesta. (Jaakonsaari 2009.) Potilaiden kokemuksia saamastaan ohjausta päivystyspoliklinikalla on tutkittu Grönqvistin ja Marttilan (2010) opinnäytetyössä. Tuloksissa kävi ilmi, että yleisesti ottaen potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen, mutta olivat tyytymättömiä aikaan, jota hoitajat käyttivät hoito-ohjaukseen. Tästäkin huolimatta suurin osa koki saaneensa riittävästi tietoa ja ohjausta. Suurin osa vastanneista koki kirjalliset hoito-ohjeet välttämättömiksi kotona pärjäämisen kannalta. Tuloksissa ilmeni myös, että 12% kotiutuneista oli epävarmoja siitä, kuinka heidän hoito jatkuu päivystyspoliklinikalta kotiutumisen jälkeen. (Grönqvist & Marttila 2010, 32-34.)

Myös Alasen (2002) potilaiden tiedontarpeita ja tiedonsaantia selvittäneessä pro gradu työssä ilmeni, että potilaiden mielestä tiedonsaannissa olisi kehitettävää vuorovaikutukseen liittyvissä tekijöissä. Kaksi kolmasosaa tutkimukseen osallis-

tuneista piti henkilökohtaista vuorovaikutusta sairaanhoitajien ja lääkärin kanssa ensisijaisena tiedonsaantikeinona, mutta olivat tyytymättömiä tiedonantoon käytetystä ajasta. He kokivat myös, että saadun tiedon ymmärrettävyydessä olisi parannettavaa ja että hoitohenkilökunnan pitäisi puhua vaikeista asioista kansantajuisemmin. (Alanen 2002, 48-49.)

Isolan ym. (2007) tutkimusartikkelissa kuvattiin iäkkäiden kokemuksia saamaansa potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. Suurin osa vastanneista oli tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen, mutta koki, että ohjaustilassa ja -ajassa olisi kehitettävää. He kokivat ohjausajan lyhyeksi eivätkä olleet tyytyväisiä siihen, että kiireisten hoitajien antamat ajat ohjauksen aloitusajankohdasta siirtyivät. Hoitajien kiire osaltaan nosti vastaajien kynnystä kysyä riittävästi apua. Osa vastaajista koki ohjaustilat meluisaksi ja liian pieniksi. Iäkkäät potilaat olivat tyytyväisiä hoitajien tiedollisiin ja taidollisiin ohjausvalmiuksiin sekä hoitajien asenteeseen ohjausta kohtaan. Iäkkäät vastaajat kokivat ongelmalliseksi vaihtuvat hoitajat, heidän ristiriitaisen ohjauksen sekä vaikeasti ymmärrettävät sanat. Tutkimuksessa iäkkäät toivoivat enemmän heidän ikääntymisen tuomien erityistarpeiden huomioivaa yksilöllistä ohjausta. Tulosten mukaan potilaat olivat arvostaneet sitä, että ohjauksen antaja oli keskustellut ohjauksen tavoitteista heidän kanssaan. Tuloksissa tuli myös ilmi, että osa omaisista oli tyytymättömiä, ettei heitä oltu otettu mukaan ohjaustilanteeseen, vaikka olivat näin toivoneet. (Isola ym. 2007.)

5.2 Ohjaus hoitotyön prosessina

Käytännön hoitotyössä sairaanhoitajan on tunnistettava ohjaus terminä ja sen lähikäsitteet, koska käsitys ohjauksesta vaikuttaa annettuun ohjaukseen. Ohjauksen lähikäsitteitä ovat neuvonta, opetus ja tiedon antaminen. Ohjaus on tavoitteellista tietojen, taitojen ja selviytymisen yhteistä rakentamista, jossa hoitaja ja potilas ovat tasavertaisessa vuoropuhelussa. (Kääriäinen & Kyngäs, 2006.) Kääriäinen ym. (2005) ovat tutkimuksessaan kirjallisuuden pohjalta määritellyt ohjauksen aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, jossa ohjaaja ja ohjattava ovat vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa (Kääriäinen ym. 2005). Ohjauksella pyritään lisäämään potilaan ymmärrystä hoidon merkityksestä ja lisäämään tunnetta, että hän voi hoitoonsa vaikuttaa. Opetuksella taas tarkoitetaan sys-

teemiä suunnitelluista toiminnoista, joilla pyritään tavoitteen saavuttamiseen. Kun opetus pohjaa ohjaukseen, tulee opetustilanteesta oppimistilanne, ja siinä potilas ymmärtää yksittäisen toimen merkityksen kokonaisuhoitonsa kannalta. Neuvonta eroaa opetuksesta antamalla potilaalle tietoa ja apua valintojen tekemiseen suorien ohjeiden sijasta. Neuvonta onkin enemmän neuvottelua potilaan kanssa yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. Tiedon antamisessa korostuu ohjattavan asian sisältö vuorovaikutuksen sijaan. Hoitotyössä tiedon antaminen tapahtuu yleensä kirjallisena materiaalina mutta myös joukkoviestintä on tiedon antamista. Vähäisen vuorovaikutuksen vuoksi tiedon antaminen soveltuukin lähinnä ohjausta, opetusta ja neuvontaa täydentäväksi. Tiedon anto voi olla kirjallinen hoito-ohje, esimerkiksi kotihoito-ohjeet kipsauksen jälkeen. (Eloranta & Virkki 2011, 19-21 ; Kääriäinen & Kyngäs 2006.)

Hoitotyössä ohjaus on suunnitelmallinen prosessi. Kääriäinen ym. (2005) ovat kirjallisuuskatsauksensa tuloksissa määritelleet asiakaslähtöisen ohjausprosessin sisältävän kolme vaihetta: suunnittelun, toteutuksen, arvioinnin (Kääriäinen ym. 2005, 28). Vaikka prosessin eri vaiheet voidaan eritellä, ne kulkevat todellisuudessa usein päällekkäin. Hyvin suunniteltu ohjausprosessi turvaa potilaan sitoutumisen hoitoonsa ja hoidon jatkuvuuden myös potilaan arjessa. Ennen ohjaukseen ryhtymistä sairaanhoitajan on tiedostettava omat taustatietonsa. Sairaanhoitajan tulee selvittää itselleen, miten hän ymmärtää ohjauksen ja miten ja miksi hän ohjaa niin kuin ohjaa. Hänen tulee muodostaa itselleen kanta siitä, onko potilas vastuussa valinnoistaan ja millainen ammatillinen vastuu hänellä on sairaanhoitajana edistää potilaan valintoja. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.)

Sairaanhoitajan on ohjausta **suunnitellessaan** otettava huomioon asiakkaan aikaisemmat tiedot, taidot, kokemukset ja elämäntilanne jotka toimivat ohjauksen lähtökohtana. Sairaanhoitajan on erityisen tärkeää selvittää potilaan yksilölliset taustatekijät. Arvot, nykyinen terveydentila, sukupuoli, käyttäytyminen ja perhetausta ovat esimerkkejä yksilöllisistä taustatekijöistä jotka vaikuttavat ohjauksen tavoitteisiin ja sisältöön. Taustatietojen merkitystä korosti myös Heino (2005) tutkimuksessaan jossa totesi, että taustatietojen ja ohjauksen välinen yhteys vaikuttavat merkittävästi potilaan selviytymiseen toimenpiteen jälkeen

(Heino 2005, 107-108). Sairaanhoidajan tulisi määritellä tavoitteet yhteistyössä potilaan kanssa, jotta ne sopivat tämän elämäntilanteeseen, mikä edistää potilaan tyytyväisyyttä ja sitoutuneisuutta hoitoonsa. Tavoitteiden tuli olla realistisia ja konkreettisia sillä ne määrittävät osaltaan ohjauksen sisällön. Tutkimukset ovat osoittaneet, että juuri potilaiden tarpeiden ja elämäntilanteiden huomioinnissa on havaittu puutteita. Potilaat toivoisivat enemmän apua tiedon soveltamisesta omaan elämäänsä kuin ohjeita ja hoitajien päätelmiä. (Kääriäinen ym. 2005, 27-28, Kääriäinen 2008. 12-14.) Toisaalta Alasen (2002) tutkimuksessa vastanneet nostivat sairauteen ja sen välittömään hoitoon liittyvät tiedonalueet tärkeämmiksi kuin selviytymiseen liittyvät tiedonalueet. (Alanen 2002, 51)

Yksilövastuisen hoitotyön johtoajatuksena on potilas ainutkertaisena yksilönä. Tämä on myös potilasohjauksen lähtökohta. Ohjaamisen tarkoitusta ei täten ohjaa sairaanhoidajan näkökulma, vaan potilaan, jota tieto koskee ja joka tietoa tarvitsee. Asiakaslähtöinen ohjausprosessi vaatii myös potilaalta aktiivisuutta, tavoitteellisuutta ja motivaatiota. (Kääriäinen ym. 2005, 29.) Potilaan motivaatio syntyy ristiriidasta hänellä jo olemassa olevan tiedon ja tarvittavan tiedon välillä ja kun potilas tunnistaa nykyiset tiedot ja taidot tilanteeseen riittämättömiksi (Eloranta & Virkki 2001, 28). Vaikka vuorovaikutuksellinen ohjaussuhde tarvitsee toimiakseen myös aktiivisuutta potilaalta, ei tiedonsaantia voi jättää asiakkaan vastuulle. Potilaat toivoivat Alasen (2002) tutkimuksen mukaan ohjausta antavalta sairaanhoidajalta aktiivisuutta tiedon antamisessa niin, että tarvitsemansa tiedon saisi kysymättäkin. He tiedostivat oman vastuunsa tiedonhankinnassa, mutta olivat myös epävarmoja siitä, osasivatko he tarpeeksi asioista kysyä. (Alanen 2002)

Heino (2005) on väitöskirjassaan tutkinut päiväkirurgisen polvitähystyspotilaan ohjausta potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta. Tutkimuksen mukaan potilaat, joille aiemmin oli tehty sama toimenpide, kokivat saaneensa muita enemmän ohjausta ja kykenevänsä osallistumaan hoitoon paremmin. Oma aktiivisuus ja aiemmat kokemukset helpottavat potilaan tiedonsaantia, koska he osaavat itse kysyä tarvitsemaansa tietoa. Tutkimuksen tuloksissa nostettiin esiin, että ensimmäistä kertaa toimenpiteessä olevia potilaita tulisi ohjauksessa huomioida enemmän. (Heino 2005.)

Jokaisella on yksilöllinen tapa oppia eri asioita (Laitinen & Kahre 2000, 78). Oppimistyyleillä tarkoitetaan yksilön erilaisia tapoja oppia ja käsitellä tietoa. Oppijan luonteenomaiset kognitiiviset, affektiiviset ja fysiologiset tekijät vaikuttavat oppimiseen. Voidakseen valita sopivan ohjausmenetelmän sairaanhoitaja tarvitsee tietoa siitä, miten ihminen omaksuu asioita. Sairaanhoitaja voi auttaa myös asiakasta tiedostamaan oman tyykinsä oppia. Eräs tapa luokitella oppimistyyliä on jaotella ne sen perusteella, millä aisteilla oppija parhaiten vastaanottaa tietoa. Tämän jaottelun mukaan oppimistyyliä ovat audittiivinen, visuaalinen ja kinesteettinen oppiminen. Audittiivisesti eli kuulemalla oppija muistaa parhaiten kuulemansa asiat. Tällaiselle oppijalle suulliset ohjaukset ovat helpoin tapa omaksua uutta tietoa. Visuaalisesti eli näköaistilla oppiva oppija muistaa parhaiten näkemänsä asiat, kuten näytetyt kuvat, kaaviot, videot. Tällaiselle oppijalle kannattaa erityisesti ohjauksessa näyttää konkreettisesti kuinka asiat tehdään ja näyttää käytettävissä olevia kuvia tai videoita. Kinesteettiselle eli liikkeen avulla oppijalle asiat painuvat parhaiten mieleen, jos hän itse saa liikkua mukana tai testata asiaa liikkeellä. Hänen ohjauksessaan kannattaa sitoa muistettava asia liikkeeseen joka helpottaa asioiden muistamista. (Itä-Suomen yliopisto, 2012.)

Kääriäisen työssä esitetyn arvion mukaan potilaat muistaisivat 75% näkemästään, vain 10% kuulemastaan ja 90% tiedosta, minkä he ovat saaneet sekä näkö- että kuuloaistin välityksellä. Tämän vuoksi erilaisten ohjausmenetelmien käyttö tukee ohjauksen vaikuttavuutta. Oppimistyylistä huolimatta asioiden kertaaminen varsinkin pitempiketoisen ohjauksen jälkeen on tärkeää. Tutkimuksen mukaan parhaiten ohjaustilanteesta muistetaan ensimmäinen ja viimeinen kerrottu asia. (Kääriäinen ym. 2005, 28.)

Onnistuneen ohjauksen **toteutuksen** edellytyksenä ovat sairaanhoitajan riittävät tiedot ohjattavasta asiasta, oppimisen periaatteista sekä ohjausmenetelmistä ja -tyyleistä. Sairaanhoitajan antaman ohjauksen tulisi olla sisällöltään ajantasaista ja näyttöön perustuvaa tutkimustietoa. Säilyttääkseen hyvät ohjausvalmiudet ja tarjotakseen laadukasta ohjausta, sairaanhoitajalla on velvollisuus päivittää tietojaan ja seurata tutkimustietoa. (Kääriäinen ym. 2005, 28; Kääriäinen 2008, 12-13.) Sairaanhoitajalla on ohjausta toteuttaessaan ammattilaisen vastuu siitä, että hänen toimintansa on eettisesti kestävä. Sairaanhoitajalla on

vastuu siitä, että hän toimii ammatillisesti oikein ja parhaan senhetkisen tietämyksen mukaisesti. Tutkitun tiedon lukeminen ei pelkästään riitä, vaan sairaanhoitajan tulee osata soveltaa ja muokata sitä käytännön hoitotyöhön ja ohjaukseen sopivaksi. Tämä voi vaatia sairaanhoitajalta aikaisemman tietoperustan uudelleen järjestämistä tai jopa aiemman tiedon kumoamista. Vasta tämän jälkeen hoitaja voi esittää asian asiakkaalle. (Kyngäs ym. 2007.)

Oppiminen on henkilökohtaista ja potilaan aikaisempiin elämäkokemuksiin sidonnaista toimintaa. Oppiminen on vuorovaikutteinen prosessi, jossa potilas muokkaa kokemuksiaan siten, että hänen tiedoissaan, taidoissaan ja asenteissa tapahtuu pysyviä muutoksia. (Eloranta & Virkki 2011, 27) Potilaan oppimiseen vaikuttavat monet tekijät, kuten ikä, vamman syy, ympäristö ja aika (Torkola ym. 2002, 29-33). Fyysiset taustatekijät vaikuttavat siihen, miten potilas kykenee ottamaan vastaan ohjausta, kykenee sen muistamaan ja esimerkiksi vältteleekö hän ohjausta. Iällä ja sukupuolella on muistamisen ja kuulon lisäksi vaikutusta hoitajan toimintaan ja asennoitumiseen ohjaukseen. (Kääriäinen 2008,12.)

Sairaanhoitajan on potilasohjausta antaessa on valittava mahdollisimman rauhallinen ja häiriötön paikka, jotta viestiminen olisi helppoa ja potilaalla on mahdollisuus yksityisyyteen. (Torkola ym. 2002, 30-32) Turvallinen ohjausympäristö vaikuttaa siihen millaiseksi potilas ohjaustilanteen kokee ja luottaako hän siihen, että hänen asiaansa kunnioitetaan (Kääriäinen & Kyngäs 2006). On ohjausta antavan hoitajan ammattitaitoa aistia potilaasta, onko hän vastaanottavainen ohjaukselle ja ajoittaa ohjaus hetkeen, jolloin potilas pystyy siihen osallistumaan. Jos potilaan vamma on aiheutunut onnettomuudessa tai muuten traumaattisesti, voi potilaan kyky vastaanottaa uutta tietoa olla heikentynyt. Tällöin tulisi mahdollisuuksien mukaan odottaa myöhempää hetkeä ohjauksen antamiseen tai potilaan luvalla antaa ohjeet omaiselle. (Torkola ym. 2002, 29–33) Tutkimusten mukaan potilaat myös toivoisivat omaisiaan mukaan ohjaustilanteisiin nykyistä enemmän (Jaakonsaari 2009). Heinon (2005) tutkimuksessa harvat omaiset olivat mukana ohjaustilanteessa, mutta suurin osa koki silti saaneensa tarpeeksi paljon tietoa potilaan toimenpiteen jälkeisestä kotihoidosta potilailta itseltään. (Heino 2005, 103)

Ohjauksen aikana ja viimeistään lopuksi arvioidaan ohjaustavoitteiden toteutumista. Sairaanhoidajan ja asiakkaan tulee pohtia, saiko potilas vastauksen hänelle tärkeisiin kysymyksiin ja kykeneekö hän itsehoitoon kotona saamallaan ohjeilla. Ohjauksen määrä ei ole itse tarkoitus, vaan potilaan tietojen ja taitojen lisääntyminen. Jos tavoitteet jäävät vajaaksi, annetaan tarvittaessa lisäohjausta. Ohjausta voidaan pitää onnistuneena jos potilaalla on kotiutuessaan riittävät tiedot ja taidot sekä kyky soveltaa niitä kotona pärjätäkseen. (Torkola ym. 2002, 29; Eloranta & Virkki 2011, 27.)

Kun sairaanhoitaja antaa ohjauksen henkilökohtaisena yksilöohjauksena, hänellä on mahdollisuus arvioida ja varmistaa kykeneekö potilas ymmärtämään saamansa ohjauksen. Ymmärtämisellä tarkoitetaan kykyä ottaa vastaan informaatiota ja empiirisesti muokata siitä tietoa. Jotta sairaanhoitaja voi tarjota potilaalle riittävästi tietoa, tulee tiedonannon lisäksi varmistaa, että potilas sen myös ymmärtää. Potilaan on helpompi ymmärtää, kun hoitaja ei käytä ohjauksessaan vaikeita lääketieteellisiä termejä. (Heino 2005, 38.)

5.3 Kirjallinen ohjausmateriaali

Kirjallinen ohjausmateriaali on riittämätön sellaisenaan, vaan sitä käytetään tukemaan suullista ohjausta. Kirjallisella ohjeella täydennetty suullinen ohjaus muistetaan todennäköisemmin kuin pelkkä suullinen ohjaus. Kirjallinen ohje mahdollistaa asiaan palaamisen myöhemminkin ja helpottaa ohjeiden soveltamista omaan elämään kotona. (Eloranta & Virkki 2011, 73-74.) Omaiset, jotka eivät ole mukana ohjaustilanteessa, kokevat kirjalliset erityisen tärkeiksi. (Heino 2005,39). Varsinkin ikääntyneille monien uusien asioiden mieleen painaminen saattaa tuottaa vaikeuksia. Tilanteen järkyttävyys tai perussairaus voi vaikuttaa kykyyn muistaa asioita, joten suullisen ohjauksen lisäksi tulee antaa sama tieto myös kirjallisena. Suullisen ja kirjallisen tiedon tulee olla yhtenäistä ja toisiaan tukevaa, ettei synny väärinkäsityksiä. (Torkola ym. 2002, 29,31.) Kirjallista materiaalia ei tulisi antaa vain, koska aiheesta sitä on olemassa. Materiaalin tulee tukea ohjauksessa käsiteltyjä aiheita eikä sen ohjeet saisi olla liian yleisluontoisia. (Kääriäinen ym. 2005, 28.)

Hyvä kirjallinen potilasohje puhuttelee potilasta, eikä ole yleisluonteinen tiedonanto. Kielellisesti ei ole enää väliä, käytetäänkö ohjeessa sinuttelua vai teitittelyä, mutta passiivia tulee vältellä. Se ei puhuttele potilasta ja saattaa aiheuttaa turhaa epätietoisuutta toimintatavasta. Ohjeesta tulee ilmetä selkeästi, että teksti on tarkoitettu potilaalle eikä ammattihenkilölle. Ohjeella tulee olla sisältöä hyvin kuvaava otsikko, ja heti ensimmäisestä lauseesta tulee ilmetä missä ohjeessa on kyse. Tärkeimmät asiat on suositeltavaa esittää heti ohjeen aluksi ja edetä vähemmän tärkeisiin aiheisiin. Väliotsikot lisäävät ohjeen luettavuutta ja helpottavat haetun tiedon löytämistä ohjeesta. Ohjeen tekstin tulisi olla havainnollista yleiskieltä eikä sisältää ammattisanastoa ja sairaalaslangia, jota potilas ei välttämättä ymmärrä. (Torkola ym. 2002, 36-42.)

Kirjallisen ohjeen tulee vastata potilaan tiedontarpeeseen. Ohjaavia kysymyssanoja ovat esimerkiksi mitä, milloin, miksi ja missä. Kirjallisessakaan ohjeessa pelkkä neuvominen ei innosta potilasta toimimaan tietyllä tavalla vaan ohjeilla pitäisi olla myös perustelu. (Eloranta & Virkki 2011, 75,77.) Lopuksi ohjeessa on oltava yhteystiedot. Varsinkin ohjeissa, joissa kehoitetaan potilasta toimimaan tietyllä tavalla, tulee olla yhteystiedot siltä varalta, ettei potilas ymmärrä annettua ohjetta tai hänellä on muuta kysyttävää. (Torkola ym. 2002, 44.)

6 YHTEENVETO KIRJALLISUUDESTA

Hyvä kipsatun potilaan kotihoito-ohjaus on suunnitelmallinen ja vuorovaikutteinen ohjausprosessi, jossa sekä hoitaja että potilas ovat aktiivisia toimijoita. Ohjausprosessi koostuu kolmesta vaiheesta: suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista. Sairaanhoidaja ja potilas asettavat yhdessä ohjauksen tavoitteet ja arvioivat niiden toteutumista. Potilaan elämäntilanne sekä aikaisemmat tiedot ja taidot toimivat ohjauksen lähtökohtana. Potilaan taustatekijöiden selvittäminen on erityisen tärkeää ohjausprosessin onnistumisen kannalta, sillä ne vaikuttavat ohjauksen tavoitteisiin ja sisältöön.

Hyvä kipsatun potilaan kotihoito-ohjaus edellyttää sairaanhoidajalta riittäviä tietoja ohjattavasta asiasta, oppimisen periaatteista sekä ohjausmenetelmistä. Sisältöltään sairaanhoidajan antaman ohjauksen tulee olla ajantasaista ja näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Hyvän kotihoito-ohjauksen jälkeen potilas tietää, minkä

vuoksi hänelle on tehty kipsi ja kuinka hänen tulee toimia sen kanssa. Sairaanhoidajan on annettava potilaalle ohjausta liikkumiseen, kipsatun raajan asento-
hoitamiseen ja mahdollisten komplikaatioiden tarkkailuun. Kipsatun potilaan
hyvään kotihoito-ohjaukseen kuuluu kirjallisten ohjeiden antaminen ja niiden
läpikäynti. Kotiutuessaan kipsatun potilaan tulee tietää vähintään ensimmäisen
röntgenkontrollikäynnin ajankohta ja paikka.

7 POHDINTA

7.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli koota tietoa kirjallisuudesta ja sen poh-
jalta kuvata, millaista on aikuisen ylä- tai alaraajakipsatun potilaan hyvä kotihoi-
to-ohjaus ja mitä se pitää sisällään. Tavoitteena oli luoda tietopaketti, jota voi-
taisiin hyödyntää alan koulutuksessa ja jo alalle olevien työn tukena.

Laadukkaan kotihoito-ohjauksen antaminen kipsatulle vaatii sairaanhoitajalta
halua panostaa omaan ammattitaitoonsa. Ohjausprosessi on haasteellinen mo-
niosainen kokonaisuus, jonka hallinta vaatii koulutusta ja ajantasaisen tiedon
ylläpitoa. Sairaanhoidajan pitää pysyä ajan tasalla alansa uusimmasta tutkitusta
tiedosta ja pitää yllä monipuolisia ohjaustaitoja. Jo peruskoulutuksessa ohjauk-
sen merkitystä tulisi korostaa ja herätellä tulevia ammattilaisia pohtimaan omia
ohjausvalmiuksia. Lipposen (2005) tutkimuksessa hoitohenkilökunta tunnisti itse
käyttävänsä tutkittua tietoa ohjauksessa heikosti, joten alalla jo oleville tulee
järjestää tiedonhakukoulutusta. Mielestäni näyttöön perustuvan hoitotyön ja tut-
kitun tiedon hakemisen kiinnostavuutta nuorien ammattilaisten edessä tulisi lisä-
tä ja tehdä siitä käytännönläheisempää. Näyttöön perustuva hoitotyö on perus-
pilari jo pelkästään terveydenhuoltoalalla ammattilaisena toimimiselle, mutta
myös laadukkaan ja vaikuttavan ohjauksen antamiselle. Vaikka kipsatun poti-
laan kotihoito-ohjauksen sisältöön ei useimmiten kuulu komplikaatioista keskus-
teleminen, on hoitajan silti tiedettävä niistä. Sairaanhoidajan pitää pystyä perus-
telemaan itselleen ja potilaalle, miksi ohjaa potilasta toimimaan tietyllä tavalla.
Työnantajien tulisi nähdä henkilökunnan tietojen päivitys sekä kouluttautuminen
potilastyön laadukkuutta lisäävänä tekijänä ja mahdollistaa koulutus tehtäväksi

työajan puitteissa. Kipsatun potilaan ohjauksesta voisi tehdä esimerkiksi ohjauskansion, jossa olisi sisällön lisäksi muistutus ohjausprosessin kulusta.

Aikuisen ylä- tai alaraajakipsatun kotihoito-ohjauksen sisältö nousi selkeästi kirjallisuudesta. Samat teemat toistuivat useissa lähteissä. Opinnäytetyöhön on koottu kotiutumisen kannalta tärkeät ja välttämättömimmät aihealueet. Kaikkien kipsattujen ohjaus ei kuitenkaan ole sisällöltään samanlaista. Esimerkiksi potilas, jolla on yläraajakipsi, ei tarvitse niinkään opastusta liikkumiseen kipsin kanssa kuin alaraajakipsattu. Potilaiden yksilöllisten taustatekijöiden selvittäminen on tärkeää. Esimerkkinä esitettäköön että potilaalle on tehty saapaskipsi ja hän asuu kaksikerroksisessa omakotitalossa. Jos sairaanhoitaja ei ole ohjausta suunnitellensa selvittänyt potilaan asumisolaja, voi potilaalle jäädä porraskävely opettamatta, vaikka se saattaa olla kotona selviämisen kannalta hyvinkin oleellista.

Potilasohjauksella voidaan tavoitella monia päämääriä. Onnistunut potilasohjaus lisää muun muassa potilaan turvallisuutta, parantaa hoidon jatkuvuutta, lisää potilaan tietoa sairaudestaan sekä mahdollistaa itsenäisen selviytymisen kotiutumisen jälkeen. Hoitoaikojen lyhentyessä sairaalassa ottavat potilaat kotiutuksessaan entistä enemmän vastuuta omasta hoidostaan. Tämän vuoksi onkin luonnollista, että potilas otetaan mukaan sekä suunnittelemaan, toteuttamaan että arvioimaan hoitoaan osaksi hoitotiimiä. Henkilökohtainen potilasohjaus on avainasemassa potilaan tiedonsaantikeinona. Potilas tarvitsee ajantasaista tietoa voidakseen tehdä valintoja hoitoaan koskien. Päivystyspoliklinikalla hyvin hoidettu potilasohjaus on myös taloudellisesti kannattavaa. Laadukkaasti toteutettu ohjaus vähentää potilaiden pikaista uudelleen hakeutumista päivystykseen samanlaisten vaivojen vuoksi jotka he voisivat itsenäisesti hoitaa kotonakin ja vähentää pitkälle edenneistä komplikaatioista johtuvia hoitokustannuksia.

Käyttämieni lähteiden mukaan potilaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Eniten tyytymättömyyttä potilaissa aiheutti sairaanhoitajien ohjaustilanteeseen käyttämä vähäinen aika. Päivystyspoliklinikoilla työ on usein hektistä ja tilanteet muuttuvat nopeasti. Vaikka työ onkin nopeatempoista, sairaanhoitajan tulisi rauhoittua kotihoito-ohjausta antaessaan ja välittää potilaalle kiireetön vaikutelma. Se laskee potilaiden kynnystä kysyä lisätietoa ja lisää tä-

ten potilaan osallistumista vuorovaikutteiseen ohjaussuhteeseen. Henkilökuntaresursseja lisäämällä voisi mahdollisesti parantaa ohjauksen laatua ja siihen käytettävissä olevaa aikaa. Siten hoitohenkilökunta voisi oikeasti panostaa ohjaukseen ilman, että muiden potilaiden hoito siitä kärsisi.

Eri sairaanhoitopiirien potilasohjeita tutkiessani huomasin, että ne olivat sisällöltään hyvin samanlaisia. Tärkeimmät kipsatun raajan tarkkailua koskevat ohjeet löytyivät kaikista. Eroja löytyi liikkumista ja liikehoitoja koskevassa ohjauksessa. Kirjallisissa potilasohjeissakin tulisi välttää pelkkää neuvontaa ja sen sijaan ohjeet tulisi myös perustella, jotta ne motivoisivat toivottuun toimintaan. Kipsausta koskevissa kirjallisissa ohjeissa tämän noudattaminen läpi ohjeen on haasteellista. Toisaalta ohjeen tulisi olla napakka, helposti silmäiltävissä ja sisältää tarvittava tieto, mutta jos kipsatunkin kaikki ohjeet lähdetäisiin kirjallisesti perustelemaan, ei se enää mahtuisi yhdelle tai välttämättä kahdellekaan A4-kokoiselle paperille. Mielestäni nykyiset ohjeet ovat hyvässä tasapainossa selkeyden ja perusteltujen neuvojen välillä.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat tekijät ovat tutkija, aineiston laatu, aineiston analyysi, ja tulosten esittäminen. (Janhonen & Nikkonen 2003, 36) Opinnäytetyötä tehdessäni olen pyrkinyt noudattamaan hyviä eettisiä tutkimusperiaatteita. Olen pyrkinyt kunnioittamaan aineiston kirjoittajia tarkoilla lähdemerkinnöillä ja esittämään tiedon kuten alkuperäisteoksissakin asia on ilmaistu. Olen pyrkinyt valitsemaan tutkimusmenetelmän siten, että se parhaiten kuvaa totuutta tutkittavasta ilmiöstä. Aineistoa analysoidessa olen pyrkinyt tiedostamaan esiymmärrykseni aiheesta, jotta voisin pysyä rehellisenä aineistolle ja pyrkiä mahdollisimman objektiiviseen analyysiin.

Oppikirjat ovat alaa opiskeleville tärkeä tietolähde. Kirjat tarjoavat lukijalle hyvän kokonaiskuvan opiskeltavasta alueesta, mutta kokonaiskuvan välittäminen tapahtuu syvällisyyden kustannuksella. Tämän vuoksi oppikirjoja ei yleensä suositella näyttöön perustuvan toiminnan tietolähteeksi. Poikkeuksena on kuitenkin suhteellisen muuttumaton tiedollinen perusta, jolloin aihealueen perusteokset palvelevat tiedon tarvitsijaa. (Elomaa & Mikkola 2008, 22.) Koska kipsausta ja

kipsattujen kokemuksia koskevaa tutkittua tietoa on niukasti, olen joutunut työ-
säni turvautumaan alan tieto- ja oppikirjallisuuteen. Kipsauksen perusperiaatteet
ovat pysyneet muuttumattomina jo vuosia, minkä huomasin tutkiessani alan
kirjallisuutta. Tämän vuoksi katsoin voivani käyttää käyttämiäni teoksia tärkeim-
pinä kipsatun potilaan hoitoa koskevinä lähteinä. Kirjallinen tieto kipsihoidosta
oli eri lähteissä myös hyvin samansuuntaista, jolloin aineisto saturoitui. Tämä
lisää tutkimuksen luotettavuutta.

Alkuperältään tuntemattomaan tietoon on syytä suhtautua varauksella. Hoito-
työssä on runsaasti erilaista materiaalia, jonka tiedon alkuperä on tuntematon,
esimerkiksi useat potilasohjeet (Elomaa & Mikkola 2008, 22). Aineistona käyt-
tämäni potilasohjeet on julkaistu sairaanhoitopiirien tai kuntayhtymien internet-
sivuilla, joten katson niiden olevan luotettavia, koska julkaisijat ovat laajasti tun-
nettuja terveysalan toimijoita.

7.3 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimusaiheeksi työstäni nousi nimenomaan kipsattujen potilaiden koke-
mukset saamastaan ohjauksesta. Asiaa voisi tarkastella myös omaisen näkö-
kulmasta. Voisi olla mielenkiintoista myös selvittää, kaipaavatko kipsatut potilaat
sairautta ja selviytymistä koskevan ohjauksen lisäksi muunlaista ohjausta tai
esimerkiksi emotionaalista tukea.

LÄHTEET

Alanen, S. 2002. Potilaiden tiedontarpeet ja tiedonsaanti Hyvinkään sairaalan sisätautien, kirurgian ja päiväkirurgian osastoilla. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.

Bakody, E. 2009. Orthopaedic plastercasting: nurse and patient education. Nursing Standard Volume 23(51) s. 49-56.

Darwin Media Oy. 2011. Poliklinikka.fi. Muut potilasohjeet. Lasikuitukipsi hoito-ohjeet. <http://www.poliklinikka.fi/?page=2652164&id=4437062> (Luettu 13.1.2012)

Duodecim. 2011. Käypä hoito –suositukset. Säärimurtuma. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50018> (Luettu 16.1.2012)

Duodecim. 2010. Käypä hoito –suositukset. Laskimotukos ja keuhkoembolia. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/khp00046> (Luettu 16.1.2012)

Elomaa, L. & Mikkola, H. 2008. Näytön jäljillä, tiedonhaku näyttöön perustuvasa hoitotyössä. Tampereen yliopistopaino – JuvenesPrint Oy, Tampere.

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Kustannus Oy Tammi, Helsinki.

Grönqvist, M. & Marttila, R. 2010. Potilaan saama ohjaus päivystyspoliklinikalla. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2010120717222> (Luettu 25.1.2012)

Heino, T. 2005. Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2005. Liite 2. Taustatietoa osteoporoosista ja arvioita potilasmäärästä Porvoon SHAlla. www.hus.fi/default.asp?path=1,31293,6444,6422,9754,9755 (Luettu 17.11.2011)

Hietanen, K., Pitkänen, M-R. & Vilmi, S. 1996. Hoitotyö päivystyspoliklinikalla. Kirjayhtymä, Helsinki.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. 11.painos. Tammi, Helsinki.

Holmia, S., Murtola, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2004. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4. uudistettu painos. WSOY, Helsinki

Iivanainen, A., Jauhiainen M. & Pikkarainen, P. 2001. Sisätauti-kirurginen hoito ja hoitotyö. WSOY, Helsinki.

Isola, A. , Backman, K., Saarnio, R., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidosta. Hoitotiede 19 (2), 51-62.

Itä-Suomen yliopisto. 2012. Oppiminen, oppimistyylit ja –strategiat. <http://www.aducate.fi/oppiminen-ja-sen-kehittaminen> (Luettu 25.1.2012)

Jaakonsaari, M. 2009. Potilasohjauksen opetus hoitotyön koulutusohjelmassa – Hoitotyön opettajien käsityksiä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Hoitotiede. Pro gradu -tutkielma.

Janhonen, S. & Nirkkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY, Helsinki.

Juutilainen, T. 2009. Duodecim Terveyskirjasto. Kirurgisten hoitotoimenpiteiden komplikaatiot. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00141 (Luettu 16.1.2012)

Kemin kaupunki. 2003. Terveyspalvelut. Potilasohjeet. Lasikuitukipsin hoito-ohjeet. http://kemi.terve.com/syvakankaan_terveysasema/laakarin_vastaanotto/mims_binding?id=8137 (Luettu 13.1.2012)

Kuisma, J., Heikkilä, J. & Kassara, H. 2009. Kipsihoidon perusteet. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy, Helsinki

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY Oppimateriaalit, Porvoo.

Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva Hoitotyö-lehti 6(4), 10-14.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. Julkaistu Sairaanhoidaja 10/2006, 6-9.

Kääriäinen, M., Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. Tutkiva hoitotyö-lehti 3(3), 27-30.

Laitinen, H. & Kahre, L. 2000. Hyvän hoitotyön kirja. Tammi, Helsinki.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Lipponen, K. 2005. Kirurgisen hoitohenkilökunnan potilasohjausvalmiudet. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu-tutkielma.

Metsälä, O. & Sahla, P. 2008. Kipsaus perusterveydenhuollossa. Etelä-Karjalan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Nummelin, M. 2009. Päivystyspoliklinikalla aloittavan sairaanhoitajan tiedon tarve. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Hoitotiede. Pro gradu-tutkielma.

<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/52481/hoitotiede-gradu2009nummelin.pdf?sequence=4> (Luettu 9.1.2012)

Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24

<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi> (Luettu 8.1.2012)

Pitkäranta, A. 2010. Laadullisen tutkimuksen tekijälle -työkirja. Satakunnan AMK.

http://www.samk.fi/download/13153_Laadullisen_tutkimuksen_tyokirja_APitkara.nta.pdf (Luettu 1.2.2012)

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. 2012. Potilasohjeet. Jalan kipsauksen jälkeen ohjeet.

http://www.ppshp.fi/potilaat_laheiset/prime101/prime120/prime104/prime103.aspx (Luettu 14.1.2012)

Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijät. 2010. Potilasohjeet. Kipsatun raajan kotihoito-ohje. www.phsotey.fi/opt/includes/lataa.php?id=522&ohje_tyyppi=P

(Luettu 14.1.2012)

Satakunnan sairaanhoitopiiri. 2006. Kipsatun raajan kotihoito-ohje.

Torkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Tampere. Tammi, Helsinki.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi, Helsinki.

Ukkola, V., Ahonen, J., Alanko, A., Lehtonen, T. & Suominen, S. 2001. Kirurgia. WSOY, Porvoo.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2011. Potilasohjeet. Kotihoito-ohjeet kipsauksen jälkeen. <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/3733/6056/> (Luettu 14.1.2012)

Virtuaali AMK. Kirurgia. Alaraajakipsaus. Erilaiset kipsit ja kipsausmenetelmät. Power point-esitys.

http://www.amk.fi/material/attachments/vanhaamk/etuotanto/5hNjvTrUy/alaraaja_kipsaus.ppt (Luettu 4.1.2012)